

DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SERVICIOS PARA FAMILIAS
SOLICITUD PARA AYUDA EN EFECTIVO, MÉDICA Y ESTAMPILLAS PARA COMIDA

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA, EFECTIVO Y MEDICAID

Usted tiene el derecho de presentar una solicitud el día que se comunice con el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias del Condado (CDJFS). Cualquier beneficio de estampillas para comida, efectivo o medicaid que usted obtenga será a partir de la fecha en que haya presentado su solicitud si califica para ayuda en esa fecha. Usted puede presentar este formulario con su nombre, firma y domicilio, pero usted debe terminarlo y ser entrevistado más tarde.

Si usted no puede quedarse a llenar este formulario hoy, denos esta primera página. Nosotros tenemos que tener al menos el nombre y el domicilio del jefe del hogar y su firma, si usted es el miembro responsable del hogar o el representante autorizado del hogar, para que hoy se pueda establecer como la fecha en que se presentó la solicitud. Usted puede llenar el resto del formulario en su hogar y traerlo o enviarlo por correo a la oficina del Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias del Condado (CDJFS). Sin embargo, nosotros tenemos que tener el formulario completo y realizar una entrevista para decidir si su hogar es elegible para obtener sus primeras estampillas para comida inmediatamente. Si usted falta a la entrevista que el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias del Condado (CDJFS) que le dio, usted debe comunicarse con el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias del Condado (CDJFS) y pedir que le vuelvan a dar otra entrevista. Si usted falta a su entrevista y no se comunica con el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias del Condado (CDJFS) dentro de 30 días a partir de la fecha en que presentó este formulario, se le pueden negar los beneficios. El Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias del Condado (CDJFS) puede anular la entrevista cara a cara si se determina que usted tiene una condición difícil. Usted puede aplicar para uno o todos los programas con este formulario.

Si el idioma inglés no es su primer idioma, o si usted tiene un impedimento del oído, el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias del Condado (CDJFS) proporcionará a alguien que le pueda ayudar a entender las preguntas en la entrevista. A esta persona se le conoce como intérprete y será proveída a no costo para usted; la agencia pagará por el intérprete. Marque la casilla de abajo donde dice sí para tener un intérprete. Este intérprete debería de estar disponible en otras ocasiones si necesita reportar cambios o si tiene preguntas acerca de su caso. La agencia debe también proporcionarle servicios y acomodaciones razonables si usted tiene una incapacidad. Déjele saber a su trabajadora social lo que usted necesita.

*******SI NECESITA BENEFICIOS DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA DE EMERGENCIA, Y NO LAS ESTÁ RECIBIENDO ACTUALMENTE, CONTESTE LAS PREGUNTAS DE ESTA PÁGINA Y DE LA PÁGINA 2. ESTO NOS AYUDARÁ A DECIDIR SI USTED CALIFICA PARA OBTENER BENEFICIOS DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA DENTRO DE 24 HORAS A 7 DÍAS.*******

Domicilio _____ Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono () _____
Dirección Postal (si es diferente al domicilio) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número telefónico adicional donde lo podamos localizar () _____

¿Está aplicando para alguien que no vive con usted? Sí No Si es así, ¿quién? _____

Anote el domicilio de la persona(s) para la cual está aplicando si es diferente al domicilio anterior. Domicilio _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono () _____

Primer idioma de la persona que está completando este formulario _____. Primer idioma de la persona que usted aplicando por _____

Si su primer idioma no es el inglés, o si tiene un impedimento del oído, ¿va a necesitar un intérprete en la entrevista? Sí No No aplica

¿Hay alguien en su hogar que está actualmente recibiendo beneficios en efectivo, medicaid o estampillas para comida? Sí No

Si así es, ¿quién? _____ Dónde (Ciudad / Condado / Estado) _____

¿Para qué está solicitando hoy? (Marque todos los que solicitan) Ayuda en Efectivo Ayuda Médica Ayuda de Estampillas

Firma de la Persona Completando el Formulario _____ Nombre escrito en letra de molde _____ Fecha _____

PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, "MIEMBROS DEL HOGAR" INCLUYE USTED MISMO Y TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED, QUE COMPRAN COMIDA CON USTED Y QUE PREPARAN ALIMENTOS CON USTED.

¿El ingreso neto mensual de su hogar es cero (ya sea antes o después de los ajustes permisibles) y el total de los recursos de pronta disponibilidad de su hogar, así como efectivo, cuenta de cheques o ahorros, \$100 o menos? **Sí** **No**

¿El ingreso bruto total mensual de su hogar es menos de \$150 y el total de los recursos de pronta disponibilidad de su hogar, así como efectivo, cuenta de cheques o ahorros, \$100 ó menos? **Sí** **No**

¿La renta o hipoteca mensual de su hogar y las utilidades suman más que el ingreso bruto total mensual de su hogar y el total de los recursos de pronta disponibilidad? **Sí** **No**

¿Es su casa un hogar de emigrantes o de trabajadores de cosecha de temporada con poco o sin ingreso y el total de los recursos de pronta disponibilidad es de \$100 ó menos? **Sí** **No**

¿Cuántas personas viven en su hogar o comen con usted? (inclúyase a usted mismo) _____

¿Está alguien en su hogar en huelga? **Sí** **No** Si es así ¿quién? _____ Nombre del Empleador: _____

¿El único ingreso de su hogar recientemente se detuvo? **Sí** **No** Si es así ¿cuándo? _____

¿Alguien en su hogar espera recibir ingreso al final de este mes? **Sí** **No** **No sabe**
Si es así, ¿cuánto? _____ ¿De qué fuente? _____

¿Alguien en su hogar tiene 60 ó más años de edad? **Sí** **No**

¿Alguien en su hogar está recibiendo beneficios de Ingreso de Seguridad Suplemental (SSI), pagos por Incapacidad de Seguro Social, o beneficios de Veterano debido a una incapacidad? **Sí** **No** Si es así, ¿esta persona no puede preparar alimentos debido a la incapacidad?

Si respondió "Sí" a todas las últimas tres preguntas, ¿desea esta persona (y cónyuge) recibir estampillas para comida por separado de otros miembros del hogar? **Sí** **No**

¿Cuánto dinero en efectivo y en ahorros tienen los miembros de su hogar? (Proporcione el mejor total aproximado.) \$ _____

¿Alguien en su hogar ha recibido algún ingreso este mes? **Sí** **No** Si es sí, ¿cuál es la cantidad total? \$ _____ ¿De qué fuente? _____

¿Algún miembro del hogar abandonó el empleo dentro de los últimos 60 días? **Sí** **No** Si es sí, ¿quién? _____ Si es sí, ¿por qué? _____

¿Cuánto paga de renta o hipoteca por mes, más utilidades? \$ _____

A. Por favor anote a cada persona que esté viviendo en su domicilio residencial. Si alguien en el hogar no es ciudadano de los Estados Unidos, y desea recibir ayuda, por favor anote el número de la tarjeta de inmigración de esta persona. Si la persona tiene un patrocinador, anote el nombre del patrocinador de esa persona y el cónyuge del patrocinador. **Usted no tiene que proveer un número de seguro social de alguien que no está solicitando ayuda en efectivo, medicaid o estampillas de comida. Si alguien usted está solicitando ayuda en efectivo o beneficios médicos bajo el programa de relocalización de refugiados, usted no tiene que proveer un número de seguro social para recibir estos beneficios. Si necesita más espacio adjunte una hoja por separado.**

NOMBRE(S)	APELLIDO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL*	EMBARAZADA* SÍ o NO	"CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS" O "NO CIUDADANO" Y NÚMERO DE REGISTRO DE INMIGRACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO* M/F	RAZA*	GRUPO ÉTNICO	HUESPED SÍ o NO
				CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS <input type="checkbox"/> NO-CIUDADANO <input type="checkbox"/> #					
				CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS <input type="checkbox"/> NO-CIUDADANO <input type="checkbox"/> #					
				CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS <input type="checkbox"/> NO-CIUDADANO <input type="checkbox"/> #					
				CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS <input type="checkbox"/> NO-CIUDADANO <input type="checkbox"/> #					
				CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS <input type="checkbox"/> NO-CIUDADANO <input type="checkbox"/> #					
				CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS <input type="checkbox"/> NO-CIUDADANO <input type="checkbox"/> #					
				CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS <input type="checkbox"/> NO-CIUDADANO <input type="checkbox"/> #					
				CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS <input type="checkbox"/> NO-CIUDADANO <input type="checkbox"/> #					

*El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite preguntar información racial y étnica. Usted no tiene que darnos la información racial / étnica. Si usted no desea darnos esta información, no tendrá efecto en su caso. Si usted no nos proporciona esta información, el asistente social pondrá una respuesta. Si su hogar está aplicando únicamente para estampillas para comida, usted no necesita completar la casilla de género (sexo) o embarazada.

Para raza, por favor use la siguiente clave o claves – Seleccione una o más: A. Indígena Americana o Nativo de Alaska B. Asiática C. Negra o Afro Americana	D. Indígena de Hawaii o de otra Isla Pacífica E. Blanca	Para grupo étnico, por favor use las siguientes claves: (1) Hispano o Latino (2) No Hispano o Latino
--	--	--

B. ¿Desde el 1 de enero de 1990, la persona para la cual se está completando esta solicitud, o su cónyuge, ha vivido en una casa de asilo, o ha estado hospitalizado por lo menos 30 días consecutivos? Sí No Si es sí, ¿quién? _____

